

증례

경추증성 척수증 환자 1례에 대한 임상적 고찰

이옥자 · 윤민영 · 김홍훈 · 조남근*

*원광대학교 부속익산한방병원 침구과교실

Abstract

Clinical Study on a Case of Cervical Myelopathy

Lee Ok-ja, Yoon Min-young, Kim Hong-hun and Cho Nam-geun*

*Department of Acupuncture and Moxibustion
College of Oriental Medicine, Won-Kwang University

Objective : Cervical myelopathy is one of the most severe disease, as well as a common diseases. However, its clinical study and report about efficiency of oriental treatment are absolutely insufficient.

Therefore, we report the treatment about 1 case of Cervical myelopathy like followings.

Methods : From November 27th, 2002 to January 11th, 2003, we observed patient hospitalized because of cervical myelopathy, and for its valuation, JOA score(Japanese Orthopedic Association score), Nutric grading, VAS(visual analog scale), and D.I.T.I(Digital Infrared Thermal Imaging)were used.

Results : After being hospitalized for 50 days, the patients' JOA score, Nutric grading system, and VAS were improved each from 7 to 13, from grade IV to grade II, and from 8 to 2.

Conclusions : We considered that oriental treatment has an useful effect on cervical myelopathy patients' treatment and recovery. But continuous studies, such as comparative studies accompanied by more treatment case.

Key words : Cervical Myelopathy, oriental treatment

- 접수 : 2003년 5월 20일 · 수정 : 2003년 6월 13일 · 채택 : 2003년 5월 17일
· 교신저자 : 이옥자, 전북 익산시 신동 344-2 원광대학교 한의과대학 익산한방병원 침구과
Tel. 063-850-2111 E-mail : newiok@hanmail.net

I. 서론

경추증성 척수증(cervical myelopathy)은 경추의 척추중에 이차적으로 발생할 수 있는 비교적 흔한 질환이며 가장 심각한 질환이기도 하다. 척수증은 척수 압박에 의한 증상으로 선천적으로 척추관이 좁은 환자에게서 큰 골극대 등 심한 변성 변화가 동반되었을 때 나타날 수 있고, 경추증이 없는 경우에는 심한 추간관 증양 탈출에 의해서도 일어난다^{1),2)}.

그러나 방사선 검사상 보이는 모든 척추의 변성 변화가 항상 임상 증상을 동반하는 것은 아니며 상지의 근력 약화, 보행장애, 척수손(myelopathy hand) 및 감각이상 심부건 반사의 항진 등 경부척수증의 일반적 임상증상<Table 1>과 방사선 검사 및 자기공명영상소견과 일치하는 경우에만 진단을 내릴 수 있다^{3),4)}.

한의학에서는 이를 하지운동 장애가 위주가 되나 심하면 癱瘓에까지 이르는 “痿證”의 개념^{5),6)}으로 보고 있으며 장부적으로는 肝腎胃肺⁷⁾과 밀접한 관계를 맺고 있다. 척추손상으로 인한 척수손상에 대한 임상 보고로는 김⁸⁾ 등에 의해 보고되었으나 경부척수증을 기초로 하는 경추증성 척수증에 대한 동서의학적 고찰 및 임상적 연구는 많이 보고되지 않고 있는 실정이다.

이에 논자는 2002년 11월 27일부터 2003년 1월

Table 1. Three Common Symptoms in Cervical myelopathy

<ul style="list-style-type: none"> • Dysethesia in hands • Weakness and clumsiness of the hands • Gait disturbance

11일까지 원광대학교 부속 한방병원 침구과에 입원한 경추증성 척수증 환자 1례에 대한 임상 양상 및 관련 문헌 등 고찰한 결과를 보고하는 바이다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

원광대학교 부속 익산한방병원 침구과에 2002년 11월 27일부터 2003년 1월 11일까지 입원한 경추증성 척수증환자 1명을 대상으로 하였다.

2. 연구방법

① 척수증 증상 정도에 따른 일본 정형외과학회 점수(이하 JOA 점수)²⁾와 Nurick에 의한 보행평가 방법²⁾을 사용하였으며 정형외과적 수술 전후로 비교하였던 Hirabayashi 등에 의한 회복율(recovery rate)을 입·퇴원 당시 환자 상태에 대입하여 응용하였다<Table 2, Table 3>.

② 痺症과 감각저하의 정도는 자각증상의 경중도를 VAS(Visual Analog Scale)에 따라 평가하였다.

③ 반사검사(reflex testing)는 정상을 ++로 하여 그 상대적인 지수를 표기하였다.

④ DOREX 회사의 컴퓨터 적외선 전신 체열 촬영기(Digital Infrared Thermal Imaging : 이하 D.I.T.I)를 이용하여 환자의 좌우 상하지 온도 편차 평균을 구하였고 이를 입원·퇴원시로 비교하였다 <Table 4>.

3. 치료 내용 및 시술방법

1) 針治療

0.03×30mm(동방침구제작소)의 stainless steel 호 침으로 仰臥位와 복외위를 교대로 1일 2회를 기본으로 하였다. 자침 깊이는 5~20mm로 하였고

Table 2. Criteria for Evaluation of the Cervical myelopathy by the Japanese Orthopedic Association(JOA score)

- I. Upper extremity function
 - 0. Impossible to eat with either chopsticks or spoon
 - 1. Possible to eat with spoon, but not chopsticks
 - 2. Possible to eat with chopsticks, but inadequate
 - 3. Possible to eat with chopsticks, but awkward
 - 4. Normal
- II. Lower extremity function
 - 0. Impossible to walk
 - 1. Need cane or aid on flat ground
 - 2. Need cane or aid only on stairs
 - 3. Possible to walk without cane or aid, but slow
 - 4. Normal
- III. Sensory
 - A. Upper extremity
 - 0. Apparent sensory loss
 - 1. Minimal sensory loss
 - 2. Normal
 - B. Lower extremity, same as A
 - C. Trunk, same as A
- IV. Bladder function
 - 0. Complete retention
 - 1. Severe disturbance
 - (1) Inadequate evacuation of the bladder
 - (2) Straining
 - (3) Dribbling of urine
 - 2. Mild disturbance
 - (1) Urinary frequency
 - (2) Urinary hesitance
 - 3. Normal

Recovery rate(method of hirabayashi)

$$= \frac{Postop\ score - Preop\ score}{17 - Preop\ score} * 100\%$$

Table 3. Nurick grading system for walking disability

- Grade 0 : Signs or symptoms of root involvement but without evidence of spinal cord disease
- Grade 1 : Signs of spinal cord disease but no difficulty in walking
- Grade 2 : Slight difficulty in walking which did not prevent full time employment
- Grade 3 : difficulty in walking which prevented full time employment or the ability to do all housework, but which was not so severe as to require someone else's help to walk
- Grade 4 : Able to walk only with someone else's help or with the aid of a frame
- Grade 5 : Chairbound or bedridden

15~20 분간 留針하였다. 자침시 염전 보사 등의 수기법을 시행하였고 전침 자극을 병행하였다. 기본 취혈은 다음과 같다.

① 仰臥位 : 合谷 後谿 中渚 陽陵泉 足三里 豐隆 絕骨 申脈 太谿 照海

② 伏臥位 : 肺俞 肝俞 腎俞 三焦俞 委中 太谿 照海 夾脊穴 申脈 合谷 後谿 中渚

2) 灸治療

방광경의 腎俞穴을 1일 1회 溫鍼 시술을 하였다.

3) 附缸治療

督脈과 膀胱經 1선을 따라 頸項部부터 腰底部까지 乾式附缸을 시술을 1일 2회 시술하였다.

Table 4. Result of pre & post treatment

	JOA 점수	Nuric 보행등급	VAS	Grips & Release test	심부건반사	회복률	D.I.T.I(∠T)
pre treatment	7	IV	8	8~9 회	향진		0.3도 이하
post treatment	13	II	3	21 회	향진	60%	0.3도 이하

4) 藥物治療

補肝腎 祛濕痰의 치료 원칙하에 六味地黃湯基本方에 補肝腎하는 牛膝 杜冲 木瓜 補骨脂 祛濕痰하기 위해 羌活 獨活 半夏 陳皮 등을 加味하였다. 입원 중 사용했던 主方은 다음과 같다.

熟地黃 3錢 山藥 山茱萸 各 2錢 白茯苓 澤瀉 牛膝 杜冲 木瓜 牡丹皮 木瓜 各 1.5錢 海桐皮 羌活 獨活 防風 陳皮 砂仁 各 1錢 補骨脂 黃精 各 1.5錢 山楂 麥芽 桂枝 各 1錢

5) 견인요법

입원치료 일주일 후부터 경추견인과 요추 견인요법을 병행하여 실시하였으며 요추 견인은 초기 12kg에서 시작하여 16kg까지 증량하였고 경추 견인은 5~6kg을 유지하였다. 하루 3~5회 1회당 10~15분씩 간헐적 견인을 하였고 이는 肩項部 腰背部 筋弛緩과 혈액순환 촉진을 목적으로 하였다.

Ⅲ. 증 례

1. 환자

채○○ 남자 61세

2. 주소증

- ① 양하지 무력감, 보행불리
- ② 양상지 무력감, 비감(左>右)
- ③ 부자연스런 손놀림과 감각이상

3. 발병일

2002년 10월 25일

4. 과거력 및 가족력

별무 소견

5. 현병력

평소 건강하던 중 2002년 10월 25일 전기톱으로 벌목작업 후 左上肢痺感, 放射痛, 兩下肢少力感, 步行不利 발생. 당일 local 의원 c-spine X-ray상 spinal stenosis of C6/7 진단받고 물리치료 받은 후 상지 방사통은 소실되었으나 상지 감각이상 양하지 소력감과 보행불리 증상 여전하여 2002년 11월 26일까지 local 한의원에서 치료받다가 2002년 11월 27일 본원 외래 통해 입원하심.

6. 이학적 소견

- ① c-spine flex : 40(±) ex 40(±) bending : 30/30 rotation : 50/45 spurling(-/-)
- ② L-spine : flex 불가 ex 불가 SLR(90/90) dosi 정상 plant 정상
- ③ 그외
Babinsk's sign 양성
Biceps reflex(+++/+++)
Triceps reflex(+++/+++)
Patellar tendon reflex(+++/++++)
Achilles tendon reflex(+++/++++)
Grip and release test (9회/10초)
finger escape sign 양성

7. 방사선적 소견

- 【2002. 11. 27】 c-spine, L-spine X-ray combined chronic at C6/7.
Pavlov's ratio(body to cannal ratio ; C3/0.6, C4 /0.7) <Fig. 1>
degenerative disease of all lumbar joints
【2002. 11. 28】 brain CT with contrast normal
【2002. 12. 2】 Lumbar MRI
degenerative spondylosis causing central and bilateral foraminal stenosis, most severe at L4/5

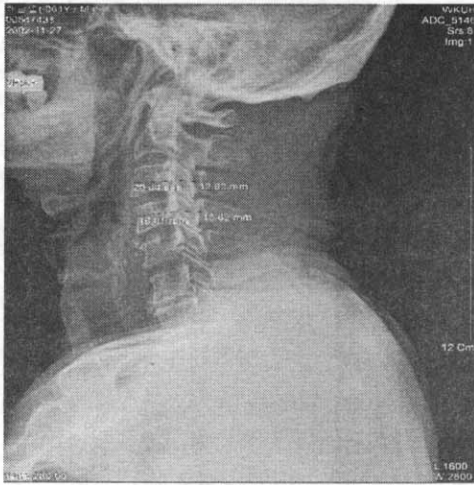


Fig. 1. Lateral radiogram shows chronic HNP at C6-7 and narrow spinal canal, (body to canal ratio : C3-0.6, C4-0.7) normal range is above 1. if 0.8 and below, myelopathy breaks out easily.

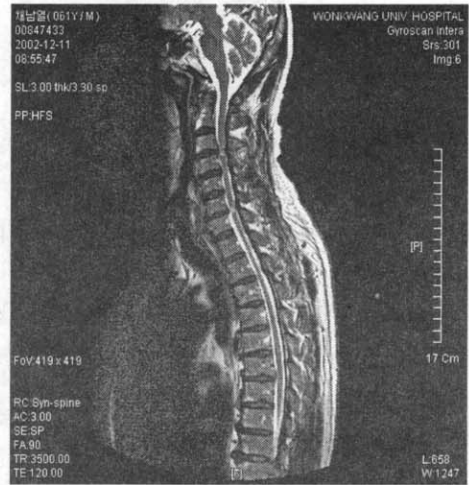


Fig. 3. T2-MRI shows multisegmental cord compression and high signal intensity area at C3-4.

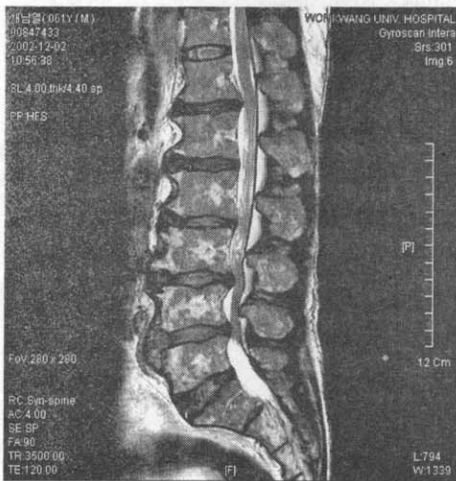


Fig. 2. T2-MRI shows spinal stenosis. 5~15% of patients with cervical stenosis also have lumbar stenosis.

& L3/4<Fig. 2>

【2002. 12. 11】 cervical MRI

A large protruding or extruding disc herniation C3/4 causing compressive myelopathy, diffuse bulging annulus at C5/6, C6/7 also combined possibly compressive myelopathy and at C6/7 bilateral severe foraminal stenosis<Fig. 3>

8. 임상적 경과

【입원당일(2002. 11. 27)】

양하지 소력감으로 인해 자력보행이 불가능한 상태이고 兩上肢 특히 좌상지의 痺感과 뚜렷한 兩手掌의 감각저하를 보였다. 어눌한 손놀림으로 인해 식사시 손가락질만 겨우 가능한 상태이고 환자복 단추 풀기는 겨우 가능하나 채우기는 불가능한 상태. 심부건반사는 뚜렷한 양성 소견을 보였고 양수 소지, 약지가 외전되는 finger escape sign 양성(<Fig. 4>) grips and release test상 10초당 8~9회 가능하였다.

종합적으로 JOA 점수상 7점, Nuric 보행평가상 4등급, 비중은 VAS : 8.

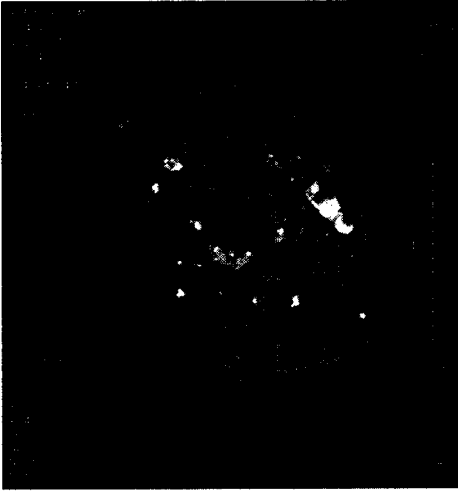


Fig. 4. Sagittal T2-MRI shows posterior migration of cord at C3-4.

【2002. 12. 2】

양하지 쪽으로 조금씩 힘이 붙는 느낌이 들고 병실안에서 부축없이 5분 정도 보행 가능한 상태. 보행시 발바닥이 바닥에 끌리며 뻣뻣한 강직감 호소함. 손바닥 쪽으로 감각이 점차 살아나고 저림감은 많이 감소하였다 함. 첫가락질은 가능하나 힘있게 쥐어지지 않는다 함.

JOA 9점, Nuric 보행평가 4등급, VAS 6.

【2002. 12. 12】

30분씩 2~3회 자력 보행 가능하며 보행시 강직감 완화되었으나 첫보행시 뚜렷하게 발바닥이 끌리며 침상에서 기립시 휘청거림 있음. 손바닥 감각저하도 완화되어 멍멍함만 있다 함. 어눌한 손놀림도 점점 부드러워져 단추 채우기도 가능함. gripa and release test(12/10초).

JOA점수 12, Nuric 보행평가 3등급 VAS 4.

【2002. 12. 30】

하루 1시간 30분~2시간 정도 2회 자력 보행 가능하고 보행시 소력감 느끼지 못하나 강직감 호소하



Fig. 5. This patients shows finger escape sign that is defined as loss of power of adduction and extension of the ulna one, two or three fingers.

고 약간씩 발바닥이 끌림. 단 기립시 휘청거리는 느낌은 남아있음 어눌한 손놀림 부드러워져 첫가락질 하기도 한결 부드러워졌으며 약지가 외전되는 현상도 완화되어 소지를 제외한 나머지 네손가락을 붙일 수 있음.

JOA 12, Nuric 보행평가 3등급 VAS 2.

【2002. 1. 11】

2~3시간 한번에 보행하여도 휘청거리는 느낌이나 소력감 없으나 보행초기 발바닥 끌림은 약간 남아있음. 양손바닥 감각저하는 호전되어 약간의 둔한 느낌만 있으며 어눌한 손놀림은 호전됨 grips and release test(21/10초).

JOA 13점, Nuric 2등급 VAS 2로 60%의 회복률을 보임.

단, 심부건반사는 양성반응으로 척수압박 증후는 남아있음.

이상으로 호전되어 통원치료 권유받고 퇴원함. <Fig. 5>.

【2003. 4. 25】

퇴원 3개월 후 상기 환자는 JOA 14점, Nuric 보행평가 1.2등급 사이로 퇴원시보다 호전된 상태를 유지하고 있다.

IV. 고찰

경부의 척수병증은 심한 연성 추간판 탈출증, 후종인대 골화증, 경추의 척추증에 이차적으로 발생하는 비교적 흔하고도 심각한 질환이다. 그러나 방사선 검사상 보이는 모든 척추의 변성변화가 항상 임상증상을 동반하는 것은 아니어서 노인에게 자기공명영상상 심한 척수압박소견이 있다 하더라도 전혀 증상이 없는 경우가 있다. 이같은 검사 소견과 임상증상과의 불일치는 척수증의 증상 발현에 있어서 구조적 변화로 인한 물리적인 척수압박 이외에도 신경조직의 염증 반응, 혈행 장애와 이미 존재하고 있는 선천적 척추관협착 등 여러가지 다른 요인들이 함께 작용하고 있음을 암시한다. 따라서 척수증은 상지의 근력 약화 보행장애, 척수손, 심부건반사항진 등 임상증상이 있으며 방사선 검사 및 자기 공명영상소견과 일치하는 경우에만 진단 내릴 수 있다^{2),3),4)}.

경부 척수증은 1950년대 Brain 등과 Clark과 Robinson 등에 의해 알려지기 시작했으며 이 질환의 자연경과에 대해 그후 여러 보고가 이루어졌다.

1956년 Clark과 Robinson⁹⁾이 120명의 환자에 대한 치료 결과를 발표하면서 이 질환의 자연적 경과에 대해 언급하였는데 20%에서는 서서히 진행되었고 5%에서는 급격히 진행되어 오랫동안 정지상태로 있었으며 환자의 50%에서는 보존적 요법으로 증상의 호전이 되었음을 보고하였다. Lee와 Turner¹⁰⁾는 보존적 방법으로 치료한 44명의 환자 중 10년 이상 증상이 지속되었던 15명의 환자들은 심한 장애를 보여 정상보행이 불가능하였고 정상보행이 불가능한 환자 5명은 증상의 호전이 있었으며 비수술적 요법에 의한 장기 관찰에도 신경증상의 악화가 별로 없음을 강조하였다. Epstein¹¹⁾ 등도 여러 문헌을 검토하여 보존적으로 치료한 114명의 자연경과를 관

찰한 결과 약 36%에서만 증상 호전을 보였고 나머지 64% 중 38%는 신경증상의 변화가 없이 지속되었고 26%는 악화되어 일상생활이 불가능하였다고 보고하였다. 이처럼 경추증 척수증은 진행을 정확히 예측하는 것은 불가능하며 대부분의 척수증은 증상의 악화와 호전이 교대로 되면서 단계적으로 진행되며 갑자기 나빠지기도 하고 증상이 저절로 회복되는 것은 드물다고 보고 있다.

경추증성 척수증의 가장 흔한 초기증상은 손의 근력 약화, 부자연스러운 손놀림(clumisiness)과 감각 이상, 하지의 근력 약화로 인한 보행장애이며 신경근 증상과는 달리 통증은 흔한 증상이 아니다. 환자는 특히 손의 세밀한 운동에 장애가 생겨서 종종 젓가락질하기가 힘들고 잘 떨어뜨리며 와이셔츠 단추 채우기가 힘들다고 호소한다. 척수증 손이 진단의 열쇠가 될 수 있는데 제 4, 5지 척측 수지가 내전 및 신전이 안되고 주먹을 쥐었다 폈다 하는 동작을 빨리 못하는 것이 특징이다. Grip and release test는 정상에서는 10초에서 20회 이상이나 그 이하일 때는 느린 손놀림으로 간주하여 척수증 손을 의심할 수 있다.

척수증 손의 초기 증상으로 finger escape sign이 나타날 수 있는데 자연 상태에서 소지가 외전되어 있고 환자가 의도적으로 수지 내전 상태로 30초 이상 유지할 수 없을 때 양성이다. 이는 추체로(pyramidal tract) 증후로 먼저 소지에 생기고 진행되면 약지, 중지도 외전 될 수 있다. 통상 해당 척수 압박 부위의 신경근의 압박 증상과 동반되기 때문에 상지는 하부 운동 신경원 증후를 나타내고 압박부위 이하 신경 지배의 상지 부위와 하지에는 척수 압박으로 인한 상부 운동 신경원 증후를 나타낸다. 상지는 편측성 하지는 양측성이 보통이다. 하지의 근력 약화와 강직성으로 보행 장애가 심하고 대소변 장애가 동반될 때는 더욱 심한 만성 척수증을 의미한다²⁾.

경추증성 척수증의 진단에 있어 무엇보다 중요한

것은 면밀한 병력 청취와 세밀한 신경학적 검사이다. 단순 방사선 검사상에서는 추간관의 간격의 협착, 신경공 혹은 구상 돌기 관절에 골극 등의 유무를 관찰하고 굴곡-신전 측면 방사선 촬영을 하여 경추 만곡의 변화와 추체 전이 혹은 불안정성의 유무를 관찰한다. 또한 경추 측면사진에서 중간 경추의 척주경 부위에서 측정된 척주관의 크기가 13mm 이하이면 척주관의 협착이 있으며 척수증이 발생할 가능성이 높다고 본다. 방사선 사진에서 영상 확대에 의한 오류를 없애기 위해 Pavlov 등은 척주관의 크기를 추체의 크기에 대한 비율로 나타냈었다. 즉 추체 중간부의 시상 직경에 대한 추체 후면의 중간부에서부터 척수후궁선까지의 거리의 비로 나타내는데 정상은 1 이상이며 0.8 이하인 경우에 척수증이 발생할 가능성이 높다고 본다^{1),2)}.

압박성 척수증의 정확한 진단을 위해서는 척수강 조영술과 전산화 단층촬영, 자기 공명 영상 모두다 효과적이다. 그러나 척수강조영술 및 전산화 단층 촬영은 골성 척추관과 척수 모양을 잘 나타내긴 하나, 조영제 사용에 따른 문제점 즉 관혈적인 방법으로 염증 및 조영제에 대한 과민 반응이 나타날 수 있으며 조영제에 의해 척수 모양이 왜곡 될 수도 있다. 따라서 척수의 기계적 압박이 주된 원인이 되는 경추증성 척수증의 진단을 위해서는 자기 공명 영상이 필수적이라 할 수 있다^{2),3),4)}.

치료에 있어 근경련 및 통증을 감소시키기 위한 안정 보조기를 사용한 국소 고정, 냉, 온찜질과 소염진통제 투여가 도움이 될 수 있으며 경추 견인술은 일부 환자에게 도움이 되나 과도한 견인은 삼가하는 게 좋다. 충분한 보존적 치료에도 불구하고 신경근 및 척수 압박 증상이 증가되는 경우에는 수술적인 방법을 취하게 된다²⁾.

한의학에서는 척수질환에 나타나는 증상을痿證의 범주에 포함시키고 있다.痿證은 肢體筋脈弛緩, 軟弱無力, 手不能握物, 足不能任身, 久則肌肉萎縮, 不能隨

意運動 등의 증상을 가리키는 것으로 심하면癱瘓까지 이르는 증상을 말한다¹²⁾. 또한痿證은 下肢痿弱이 많아痿躄, 足痿하 칭하기도 한다

痿證의 원인으로는 《素問》¹³⁾에서는 情志失調, 勞倦太過, 房勞不節, 傷濕熱을 《靈樞》¹⁴⁾에서는 “恐懼而不解則傷精, 精傷則骨酸痿厥”이라 하였다. 金元時代에 이르러 朱¹⁵⁾는 “痿之不足 乃陰血也”라 하여 陰血의 不足을 原因으로 들었으며 더불어 濕熱, 濕痰, 氣虛, 血虛, 瘀血 등도 正氣損傷의 原因으로 거론하였다. 張¹⁶⁾은 《儒門事親》에서 腎水枯涸로 인한 心火上炎이 주된 原因이라 하였고 李¹⁷⁾는 “濕熱乘於肝腎”하여 肝腎虛弱이 原因이라 하였다. 葉¹⁸⁾은痿證을 肝腎肺胃四經之病으로 인식하였는데 이는 肝主筋, 腎藏精, 肺主氣, 陽明爲宗筋之長의 장부경락의 생리기능을 토대로 병기를 설명하였다.

이와 같이痿證의 病因病機는 情志失調, 鹹味過食, 勞倦太過, 房勞不節, 傷濕熱, 熱病傳變 등으로 肺熱傷津, 津液不布, 脾胃虧虛, 精微不輸, 肝腎虧損, 髓枯筋痿하여 發한다고 볼 수 있다.

그 治法에 있어서도 《素問》¹³⁾에 “補其榮而通其輸 調其虛實 和其逆順”이라 하여 病機 五臟失調의 구체적인 情況을 살펴 調理한다고 하였고 “獨取陽明”이라 하여 宗筋를 潤하게 해야한다고 하였다. 朱¹⁵⁾는 “瀉南方 補北方”의 滋陰清熱 법을 李¹⁹⁾은 濕熱, 濕痰, 血虛, 氣虛, 氣血具虛 食積, 死血, 肝腎下虛 등으로 나누어 치료하였다. 이상의 治法을 살펴본 바 獨取陽明하여 後天의 脾胃를 補益하고 津液을 소모시키는 病理的 熱을 제거함과 동시에 肝腎을 補益하는 것을 重點으로 두고 있음을 알 수 있다.

따라서痿證의 治法은 그 原因에 따라 清熱潤燥, 清利濕熱, 健胃, 補益肝腎, 益氣活血 등의 방법을 적절히 응용해야 한다.

痿證의 治方に 있어 金⁷⁾ 등은 문헌에 따른 治方の 빈도로는 二陳湯, 四君子湯, 四物湯, 虎潛丸, 東垣健步丸, 清燥湯이 가장 많았다고 하였다.

鍼灸治療에 있어 鍼灸甲乙經에서는 太白, 京骨, 中封, 絕骨, 丘墟, 光明을 鍼灸聚英에서는 中瀆, 環跳, 灸足三里, 肺俞를 鍼灸大成에는 足痿不收時 復溜를 취한다고 하였다.

《鍼灸學·下卷》²⁰⁾에서는 陽陵泉, 懸鍾, 大杼를 모두 灸하고 下肢痿證에는 足三里 風市 環跳 陰陵泉 解谿 太淵 懸鍾 伏兔를 上肢痿證에는 肩髃 列缺 太淵 合谷 手三里를 取하였다.

본 증례의 환자는 한의학적으로는 痿證 서양의학적 진단명으로는 경추증성 척수증 환자로 발병한 후 본원에 입원, 진단, 치료하여 호전되었던 분이다. 임상 소견상 경부척수 압박증후가 확인하였고 C-spine X-ray 상 C6-7의 chronic HNP와 Pavlov's ratio상 즉 척추관 전후 직경의 크기를 추체의 전후 직경에 대한 비로 나타낸 비율이 C3, C4에서 각각 0.6, 0.7을 나타내었다. 정상에는 보통 1 이상인데 이는 0.8 이하로 척수증이 발생할 소지가 높음을 의미한다. MRI상 C3/4에서의 disc herniation으로 심각한 척수압박과 그외 두 군데에서의 경미한 척수압박 소견을 보였고 DITI상 유의성 있는 온도차는 없었다. 이 환자는 동시에 요추 협착증을 동반하여 초기에 정확한 진단을 내리기까지 세밀한 이학적 검사와 관찰이 필요하였다. 下肢無力과 步行障礙 四肢의 부분적 痺證 등을 주소로 변증상 肝腎虛弱과 동시에 濕痰을 고려하였다 六味地黃湯에 半夏 陳皮 羌活 獨活 蒼朮 등의 加味方을 입원기간 중 主方으로 사용했고 消化障礙 證候가 나타날시 脾胃를 補益하고 祛痰하는 香砂六君子湯加味方을 필요에 따라 사용하였다.

取穴로는 仰臥位상 後天의 脾胃를 補益하고 宗筋을 潤위해 手足陽明經의 足三里와 合谷을, 肩項部, 腰背部 太陽經筋을 다스리기 위한 後谿, 腎 三焦 相通의 원리하의 中渚, 氣血循環과 肝主筋에 의해 太衝을, 髓海인 絕骨, 筋海인 陽陵泉, 祛痰하기 위한 豐隆, 陽蹻脈의 起始穴이면서 운동기 질환에 사용하는 申脈과 補陰하기 위해 照海, 太谿를 사용하였다. 伏

臥位으로는 肝腎폐의 背俞穴인 肝俞, 腎俞, 肺俞 腎邪氣臟中の 원리에 의한 委中과 더불어 太谿 照海를 加하였고 .또한 頸椎部의 夾脊穴을 사용하였는데 이에 대해서는 인²¹⁾ 등이 협착혈의 침자극이 마비질환에 있어서 신경회복과 운동능력 향상 등 신경계통 원인 질환의 치료에 효과가 있음을 연구 문헌 고찰을 통해 보고하였다.

환자 背部 經筋의 강직으로 혈액순환을 돕고 근육 이완을 위해 온찜질과 경부와 요추의 견인요법을 조심스럽게 시행하였다. 이에 환자는 초진시 JOA 7점, Nuric 보행등급 4등급 VAS 8에서 JOA 13점, Nuric 2등급 VAS 2로 호전되었다. D.I.T.I상 유의성 있는 결과는 관찰되지 않았고 퇴원 3개월 경과 후 퇴원시 보다 호전된 상태를 유지하고 있다.

경추증성 척수증은 경부척수증을 기반으로 하는 질환으로 심각한 상태까지 이를 수 있는 질환이다. 서양 의학적으로도 조심스럽게 자연경과를 살핀 후 수술적 방법을 사용하는 경우에 속한다. 이에 본원에서 경추증성 척수증으로 진단하여 치료한 1례가 있었고 호전도 또한 우수하였다. 이는 한의학적 치료가 경추증성 척수증 환자 치료와 회복에 있어 유의성 있는 효과가 있다고 판단된다. 다만 더 많은 임상 치험례로 비교 연구가 이루어져야 한다고 사료된다.

V. 결 론

경추증성 척수증 환자 1례를 통한 임상 양상 및 문헌적 고찰을 통해 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 본 증례의 경우 補肝腎 祛濕痰의 치료원칙을 세워 한의학적 치료를 한 결과 JOA 7점에서 13점으로 60%의 회복률을 보였다.

2. 보행 평가상 Nuric 4등급에서 2등급으로 호전되었고痺症과 감각저하는 VAS 8에서 2로 호전되었다.

3. 한의학적으로 경추증성 척수증은 痿證의 범주에 속하고 五臟六腑상 肝腎肺胃와 밀접한 관계를 맺고 있으며 肝腎을 補하고 脾胃를 調理하면서 陽明濕熱나 火熱, 濕痰, 瘀血 등을 淸化하는데 치료의 중점을 두고 있다.

4. 경추증성 척수증은 임상적 증상과 방사선 및 자기 공명영상상 일치할 경우만 진단 내릴 수 있다.

VI. 參考文獻

1. 김남현, 이환모 공저. 척추외과학. 서울. 도서출판 의학문학사. 1998 : 160-166.
2. 석세일. 척추외과학. 서울. 도서출판 최신 의학사. 1999 : 154-164.
3. 장한. 경추증성 척수증. 대한척추외과학회지. 1999 : 6(2)194-200.
4. 대한정형외과학회. 정형외과학 제5판. 서울. 최신의학사. 1995 : 433.
5. 金容盛, 金哲中, 痿證에 관한 東西醫學的 考察, 대전대학교 한의학연구소 논문집 2000 : 8(2) : 211-243.
6. 周紹華, 周佩云. 常見疾患 神經系統中醫診治. 서울. 도서출판 의성당 1993 : 38-41.
7. 金性洙, 琴東昊, 痿證에 관한 文獻的 考察, 동국한의학연구소논문집 1999 : 7(2) 81-95.
8. 김민정. 박상동 외 3인. 경추부 척수 손상환자 치험 1례에 대한 임상적 고찰. 대한침구학회임상논문집. 2003 : 1-11.
9. Clarke, Edwin, Robinson PK : Cervical myelopathy : A complication of cervical spondylosis. Brain 79 : 483-510. 1956.
10. Lee F, Tuner JWA. Natural history and prognosis of cervical spondylosis. British Med J. 1963 : 1607-1610.
11. Epstein JA. The surgical management of cervical spinal stenosis, spondylosis, and myeloradiculopathy by means of the posterior approach. spine 13. 1988 : 864-869.
12. 張白臬, 中醫內科學, 北京, 人民衛生出版社 1998 : 638-651.
13. 洪元植. 精校黃帝內經素問. 서울 東洋醫學研究院出版社 1985 : 14-17, 166-167. 248-293.
14. 洪元植, 精校黃帝內經靈樞. 서울. 東洋醫學研究院出版社 1985 : 36-40,
15. 朱丹溪, 新編丹溪心法附餘. 서울. 大星文化社, 1993 : 675.
16. 張從政. 儒門事親. 臺北. 族風出版社 1991 : 8.
17. 李東垣. 東垣十種醫書. 臺北. 五州出版社 1918 : 44. 116.
18. 葉天士 臨證指南醫案, 臺北. 新文豐出版公司. 1974 : 525.
19. 李仲梓. 醫宗必讀. 上海. 上海科學技術出版社. 1987 : 314-316.
20. 대한한의학대학교, 침구?경혈학교실편저. 針灸學 <下>. 서울. 漢文堂 1994 : 1271-1272.
21. 안수기, 이삼로, 양유선. 華陀夾脊穴에 대한 文獻的 考察. 대한침구학회지. 2000 : 17(4) : 139-148.